

Изучение течения постинфарктного периода при наблюдении в течение 2 лет, оценка проводимого лечения и приверженности к нему

В.А. Шумаков, И.Э. Малиновская, Л.П. Терешкевич, О.В. Волошина, Я.Ю. Щербак

ГУ «Национальный научный центр "Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско" НАМН Украины», Киев

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *постинфарктный период, наблюдение, клиническое течение, осложнения, характер лечения, приверженность к лечению*

Заболевания сердечно-сосудистой системы остаются ведущей причиной заболеваемости и смертности в большинстве стран. Благодаря тщательно спланированной программе профилактики и лечения атеротромбоза, четкой организации ее осуществления в большинстве стран Западной и Северной Европы, США и Австралии к концу XX в. удалось достичь значительных практических успехов по снижению показателей заболеваемости и смертности пациентов с сердечно-сосудистой патологией: в течение 20 лет смертность снизилась более чем на 50 %. Таким значительным успехам в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями способствовали разные факторы. Бурное развитие фармакологии и фармацевтической промышленности привело не только к усовершенствованию существующих ранее фармакологических агентов, но и к разработке абсолютно новых препаратов.

Вторая половина XX в. ознаменовалась появлением в клинической практике лекарственных средств абсолютно новых групп. Появились ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, статины, новые поколения антитромбоцитарных и антикоагулянтных препаратов, которые существенно повлияли на выживаемость при остром коронарном синдроме, прогрессирование атеротромбоза и дальнейшее течение ишемической болезни сердца (ИБС) [3–5].

Несомненно, активное применение инвазивных стратегий в лечении острого коронарного синдрома способствовало революционным сдвигам основных медико-статистических показателей. К сожалению, в Украине ситуация остается неблагоприятной: среди сердечно-сосуди-

стых заболеваний ИБС по-прежнему является основной причиной госпитализации и временной утраты трудоспособности преимущественно лиц работоспособного возраста, что выводит эту проблему из медицинской в социальную, а возникающие при этом расходы из семейных трансформируются в медико-социальные и государственные [1, 2].

При сравнении структуры распространенности ИБС обращает на себя внимание резкое несоответствие данных – если в США стабильная стенокардия диагностирована у 5 % населения, в странах Евросоюза – у 2 %, то в нашей стране – около 18 %. Становится очевидным, что имеются значительные погрешности в процессе диагностики ИБС, которые искажают реальную картину состояния здоровья населения и влекут за собой неверное планирование ресурсов [7, 9].

К сегодняшнему дню рекомендации по лечению разных нозологических форм являются постулатом, основанным на многочисленных рандомизированных контролируемых исследованиях и регистрах. Применение современных подходов, базирующихся на принципах доказательной медицины, четкое их выполнение, взаимопонимание между врачом и пациентом значительно улучшают и качество жизни, и прогноз [6, 8]. Хотя, с другой стороны, в условиях жесткого контроля и судебной системы четкое соблюдение рекомендаций врачом в значительной степени защищает его от необоснованных инсинуаций. Ситуация в Украине с выполнением рекомендаций (в том числе по правильному образу жизни) и приверженностью к лечению требует исследования.

Цель работы – изучить частоту развития осложнений и приверженность пациентов к

лечению в течение 2 лет наблюдения после перенесенного инфаркта миокарда.

Материал и методы

В исследование было включено 422 пациента. Срок наблюдения составил 2 года. Проводили телефонный и письменный опрос. Информацию о 269 (63,7 %) больных получить не удалось. Из остальных 153 (36,3 %) пациентов 10 умерли. Дальнейший анализ течения постинфарктного периода, приверженность к лечению и эффективность проведенной терапии оценивали у 143 (93,5 %) больных. Из клинических данных учитывали сопутствующие заболевания (сахарный диабет, гипертоническая болезнь), развитие ранней постинфарктной стенокардии, аритмии (желудочковая тахикардия или фибрилляция желудочков, фибрилляция предсердий), наличие сердечной недостаточности стадии IIA и выше, наличие аневризмы и тромба в полости левого желудочка (ЛЖ). В постгоспитальный период учитывали развитие повторных инфарктов миокарда (ИМ), госпитализации по поводу дестабилизации состояния, выполнение стентирования и аортокоронарного шунтирования (АКШ), развитие кровотечений (больших, малых и гематом). На стационарном этапе оценивали эффективность реперфузионной терапии (тромболизис и ургентное стентирование). При выписке все пациенты продолжили получать лечение (согласно современным Рекомендациям по ведению больных с инфарктом миокарда с подъемом и без подъема сегмента ST), которое включало ацетилсалициловую кислоту (АСК), клопидогрель, статины, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, β -адреноблокаторы. Нитраты, диуретики, антагонисты альдостерона и ингибиторы протонной помпы (ИПП) назначали значительно реже.

Результаты и их обсуждение

У 80 (55,9 %) больных диагностирован ИМ переднеперегородочно-верхушечной области ЛЖ, у 57 (39,9 %) – ИМ задне-нижней локализации, еще у 6 (4,2 %) – развилось циркулярное поражение. У большинства (125; 87,4 %) пациентов развился ИМ с зубцом Q, у 18 (12,6 %) – ИМ без зубца Q. Повторный ИМ зарегистрирован у 24 (15,7 %) больных. Реперфузионную терапию применяли у 74 обследованных, при этом у 11

(7,7 %) – тромболитическую терапию, у 63 (44,1 %) лиц выполнено первичное чрескожное коронарное вмешательство, еще у 3 (2,1 %) стентирование выполнено до развития настоящего ИМ. Гипертоническую болезнь зарегистрировали у 107 (74,8 %) пациентов, сахарный диабет – у 18 (12,6 %). На госпитальном этапе раннюю постинфарктную стенокардию наблюдали у 7 (4,9 %), явления сердечной недостаточности IIA стадии – у 11 (7,7 %) больных. Острую аневризму ЛЖ регистрировали у 18 (12,6 %) пациентов, тромб в полости ЛЖ – у 5 (3,5 %). В постгоспитальный период повторный ИМ развился только у 2 (1,5 %) больных. Госпитализированы за этот период 64 пациента, при этом по кардиологическим показаниям – 57 (3,8 %), планово – 7 (12,6 %); еще двое были госпитализированы не по кардинальным причинам. Стентирование выполнено у 14 (10,5 %) больных, АКШ – у 18 (14,0 %).

АСК принимали 129 (90,2 %) пациентов, клопидогрель – 100 (70,0 %), статины – 125 (87,4 %), ИПП – 30 (21,0 %). К моменту контрольного исследования через 2 года продолжили прием АСК 90,0 %, клопидогреля – 65,9 %, статинов – 78,7 %. При попытке изучения причин отмены установлено, что по медицинским показаниям АСК отменена у 4,3 %, без причин – у 5,7 %, клопидогрель – у 12,4 и 21,7 % (до 1 года), статины – у 0,7 и 12,5 % соответственно; еще 8,1 % больных принимали статины нерегулярно. За период наблюдения большие кровотечения (желудочно-кишечные) развились у 4 (2,8 %) пациентов, малые (носовые, из десен, при порезах) – у 17 (14,0 %) и гематомы – у 8 (4,9 %).

На первом этапе 153 больных были разделены на две группы в зависимости от применения инвазивной стратегии: 1-ю группу составили 66 (43,1 %) пациентов, которым выполнили первичное стентирование, 2-ю группу – 87 (56,9 %) больных, получавших только медикаментозное лечение. За период наблюдения в 1-й группе умерло 3 (4,5 %) пациента, во 2-й – 7 (8 %). В 1-й группе повторные ИМ не развивались, во 2-й группе – наблюдались у 2,6 % лиц; необходимость в госпитализациях возникла соответственно у 36,7 и 47,4 %; стентирование в 1-й группе проведено у 10 % больных, АКШ – также у 10 %, во 2-й группе стентирование выполнено у 11,7 %, АКШ – с такой же частотой. Приверженность к лечению у пациентов 1-й группы была выше: АСК принимали 96,7 %, клопидогрель – 73,3 %, статины – 90 % больных;

во 2-й группе эти показатели составили 85,5; 65,8 и 84,2 % соответственно. Частота приема ИПП в обеих группах практически не отличалась (18,3 и 18,4 %). Несмотря на то, что в 1-й группе большее количество пациентов применяло более агрессивное антитромбоцитарное лечение – двойную антитромбоцитарную терапию (ДАТ), большие и малые кровотечения развивались в ней недостоверно реже (1,7 и 11,7 % больных) по сравнению со 2-й группой (2,6 и 13,2 %). В то же время частота возникновения гематом в 1-й группе составила 10 %, в то время как во 2-й – только 2,6 %.

На следующем этапе изучены клиническое течение и эффективность лечения в зависимости от применения одного антитромбоцитарного препарата – АСК (группа I – 32 (25,2 %) больных) или ДАТ – АСК и клопидогреля (группа II – 95 (74,8 %) пациентов). К моменту окончания наблюдения продолжили антитромбоцитарное лечение 93,5 % больных группы I, к концу первого года наблюдения ДАТ применяли 78,5 % пациентов. Обращает на себя внимание более частое назначение ДАТ как после стентирования, так и шунтирования. При сахарном диабете в 2 раза чаще назначали ДАТ, чем монотерапию АСК, в то время как при сопутствующей гипертонической болезни большее количество больных получали только АСК. В группе I у 9,4 % лиц развились малые кровотечения и у 12,5 % возникали гематомы. АСК отменена у 1 пациента. В группе II вполне закономерно чаще развивались не только малые кровотечения (15,8 %), но и большие (3,2 %), в то время как гематомы появлялись только у 2,1 % больных. Клопидогрель в течение 1 года принимали 76,8 % больных, до 6 мес – 10,1 %, до 18 мес – 8,4 %. Из остальных (23,2 %) пациентов 63,2 % принимали клопидогрель нерегулярно. У 12,6 % (12 из 95) больных прием АСК был непостоянным. Периодический прием или отмена из-за кровотечения – у 6 (6,3 %) пациентов. ИПП принимали 25 % (8 из 32) пациентов группы I и 17,9 % (17 из 95) лиц группы II.

Исследование позволило установить, что применение инвазивной стратегии в острый период ИМ приводит к уменьшению госпитализаций, предотвращению развития повторных ИМ, большей приверженности к ДАТ. Закономерно применение ДАТ по сравнению с монотерапией АСК сопровождается большей частотой больших и малых кровотечений, несмотря на

одинаковый прием ИПП. В постинфарктный период больным с сопутствующим сахарным диабетом ДАТ по сравнению с монотерапией АСК назначают в 2 раза чаще с учетом дополнительного риска прогрессирования атеротромбоза.

Таким образом, по результатам проведенного опроса выявлена неожиданно высокая для нашей страны приверженность к лечению назначенными в клинике препаратами, особенно после перенесенного в острый период ИМ стентирования, и меньшая, чем по данным ведущих регистров (GRACE, ACTION и др.), частота больших кровотечений. Эти результаты подтверждают мнение, что тщательное, подробное разъяснение пациентам стратегии лечения (так, как это выполняется в ННЦ «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско») значительно повышает приверженность больных к терапии и улучшает прогноз.

Литература

1. Лутай М.І. Хвороби системи кровообігу є національною медичною та соціальною проблемою в Україні // Нова медицина. – 2005. – № 3. – С. 5–10.
2. Манойленко Т.С., Ревенько І.Л., Ганзюк В.А. Регіональні особливості рівня здоров'я народу України (аналітично-статистичний посібник) / За ред. В.М. Коваленка. – К.: ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска», 2011. – 165 с.
3. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. Регистр острых коронарных синдромов РЕКОРД. Характеристика больных и лечение до выписки из стационара // Кардиология. – 2009. – Vol. 7-8. – P. 4–12.
4. Alexander D., Ou F., Roe M. et al. Use of and in-hospital outcomes after early clopidogrel therapy in patients not undergoing an early invasive strategy for treatment of non-ST-segment elevation myocardial infarction: results from Can Rapid risk stratification of Unstable angina patients Suppress Adverse outcomes with Early implementation of the American College of Cardiology/American Heart Association guidelines (CRUSADE) // Am. Heart J. – 2008. – Vol. 156 (3). – P. 606–612.
5. Blomkalns A., Roe M., Peterson E. et al. Guideline implementation research: exploring the gap between evidence and practice in the CRUSADE Quality Improvement Initiative // Acad. Emerg. Med. – 2007. – Vol. 14 (11). – P. 949–954.
6. Grines C., Bonow R., Casey D. et al. Prevention of premature discontinuation of dual antiplatelet therapy in patients with coronary artery stents. AHA/ACC/SCAI/ACS/ADA Science Advisory // Circulation. – 2007. – Vol. 115. – P. 813–818.
7. Schedlbauer A., Davies P., Fahey T. Interventions to improve adherence to lipid lowering medication // Cochrane Database Syst. Rev. – 2010. – Vol. 3. – P. CD004371.
8. Spertus J., Kettelkamp R., Vance C. et al. Prevalence, predictors, and outcomes of premature discontinuation of thienopyridine therapy after drug-eluting stent placement: results from the PREMIER registry // Circulation. – 2006. – Vol. 113. – P. 2803–2809.
9. Zeng F., Patel B., Andrews L. et al. Adherence and persistence of single-pill ARB/CCB combination therapy compared to multiple-pill ARB/CCB regimens // Curr. Med. Res. Opin. – 2010. – Vol. 26 (12). – P. 2877–2887.

Clinical course of postinfarction period during 2-years follow-up, efficacy of treatment and compliance

V.A. Shumakov, I.E. Malinovskaya, L.P. Tereshkevish, O.V. Voloshina, Ya.Yu. Shcherback

The aim of the study was to evaluate the clinical course of postinfarction period during 2-years follow-up, efficacy of treatment and compliance. Clinical information was received in 153 patients among 422, who had myocardial infarction. During 2-years follow-up 10 patients died. It was established, that invasive strategy in acute phase prevented hospitalizations, repeated myocardial infarctions, was followed by increased compliance to dual antithrombotic therapy, with more often major bleedings compared to aspirin monotherapy. Patients with diabetes mellitus received dual antithrombotic therapy two times more often. In general, these results were quite unexpected due to good compliance and low level of bleeding.